Ein Fall

von

Hysteria virilis

mit Paraplegia inferior und schwerer Magenneurose.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

K. B. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Friedrich Mirow,

approb. Arzt aus Güstrow (Mecklenburg).

München.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

1894.

Ein Fall

von

Hysteria virilis

mit Paraplegia inferior und schwerer Magenneurose.

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der gesamten Medizin

verfasst und einer

hohen medizinischen Fakultät

der

K. B. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Friedrich Mirow,

approb. Arzt aus Güstrow (Mecklenburg).

München.

Kgl. Hof- und Universitäts-Buchdruckerei von Dr. C. Wolf & Sohn.

1894.

Ref.: Geheimrat Prof. Dr. von Ziemssen.

Meinem lieben Vater

zum 25jährigen Dienstjubiläum

in Dankbarkeit

gewidmet.

Am 22. Juli 1892 gelangte auf der I. medizinischen Abteilung des Krankenhauses München l./I. ein Fall von Hysterie mit unstillbarem Erbrechen und Paraplegie der untern Extremitäten zur Beobachtung, der in mancher Hinsicht der Mitteilung wert erscheint. Ich verdanke die Erlaubnis, denselben veröffentlichen zu dürfen, dem Direktor des Krankenhauses, Herrn Geheimrat Professor Dr. von Ziemssen. — Die Krankengeschichte ist folgende:

F. B., 17 Jahre alt, Baderlehrling, leitet sein jetziges Leiden von einem Bad in der Isar im Juli des vorigen Jahres ab. Nach einigen Tagen wurde Patient von heftigen Leibschmerzen und Diarrhöen befallen. Auf das von einem Arzte verordnete Medikament liessen die Diarrhöen nach. — Nach einem Monat wurden die Leibschmerzen so heftig, dass Patient das Haidhausener Krankenhaus aufsuchen musste. Hier verschlimmerte sich der Zustand, insofern zu den Leibschmerzen noch Erbrechen und Kopfweh sich hinzugesellten. Hier hatte Patient öfters Stuhlverhaltung (einmal acht Tage), gegen welche er Karlsbader Salz erhalten hat. Nach einigen Wochen verlor Patient den Appetit derart, dass er einmal acht Tage lang nichts gegessen hat. Nach zweimonatlichem Aufenthalt bemerkte Patient, dass beide Beine vom Kniee nach abwärts schwerer wurden,

dass deren Beweglichkeit beschränkt war; auch hatte er pelziges Gefühl der Sohlen und stechende Schmerzen von hier bis zu den Knieen. Diese Beschwerden nahmen stets zu, so dass Patient nach drei Monaten (11. November 1891), als er das Krankenhaus verliess, nur mit zwei Stöcken gehen konnte.

Seitdem war Patient zu Hause in Behandlung. Ausserdem wurde der Magen des Patienten ca. 3 Monate lang bis vor ungefähr 6—8 Wochen im Ambulatorium electrisiert. In letzter Zeit nahm die Beweglichkeit der Beine rascher ab, und Patient sucht jetzt mit Kopf- und Leibschmerzen, mit stetem Erbrechen und gelähmten Beinen das Krankenhaus auf. Auch merkte Patient eine bedeutende Abmagerung des ganzen Körpers.

Von früheren Krankheiten erinnert sich Patient nur an Scharlach und an Keuchhusten.

Appetit schlecht, Stuhlgang unregelmässig, Harnentleerung normal.

Eltern und Geschwister sind gesund.

Status: Graciler Körperbau; Muskulatur in allen Körperregionen gleichmässig atrophisch. Das frische Aussehen des Patienten kontrastiert auffallend mit dem schlechten Ernährungszustand. Der Händedruck beiderseitig sehr gering. Dynamometermessung ergiebt L = 7, R = 8 Kl.

Thorax vorn etwas abgeflacht, Excursionsfähigkeit normal; Vitalcapacität beträgt 1500 ccm. Lungenschall auf beiden Seiten sonor, Atmungsgeräusch überall vesiculär, R, besonders RO, etwas schärfer als L. Lungengrenzen in normaler Höhe gut verschieblich. Herzdämpfung überschreitet nicht den linken Sternalrand, Spitzenstoss innerhalb der Mamillarlinie im 4. Intarcostalraum, verbreitert; Herztöne rein, zweiter Ton an der Spitze accentuiert. Abdomen

ist eingesunken, im Epigastrium L etwas druckempfindlich; an verschiedenen Stellen lassen sich bei Palpation, besonders stark auf der linken Seite, Plätschergeräusche, offenbar vom Darm herrührend, auslösen. Magen reicht unaufgebläht bis ein Querfinger oberhalb des Nabels, nach R nur wenig über die Mittellinie. Die Leberdämpfung sehr klein; der Aufriss in Mamillarlinie endet 1 Querfinger unter dem Rippenbogen, in der Mittellinie 4 Querfinger über dem Nabel; in der Mamillarlinie beträgt er 7½ cm. Milz 11 : 7.

Inguinaldrüsen beiderseits ziemlich stark geschwollen.

Pupillen sind gleich weit, reagieren sehr prompt. Zunge wird gerade herausgestreckt, zeigt hinten reichlichen Belag. Beweglichkeit der oberen Extremitäten ist normal; Bauchpresse funktioniert gut; Aufrichten im Bett ohne Unterstützung nicht möglich. Die Beine können kaum von der Unterlage erhoben werden, finden sich in leichter Streckstellung, können nicht an den Leib herangezogen werden. Stehen und Gehen absolut unmöglich. Sensibilität in allen Qualitäten intact.

Patellarsehnenreflex beiderseits verstärkt; kein Fussklonus. Cremasterreflex sehr leicht auszulösen, ebenso oberer Bauchreflex, unterer fehlt. Periostreflex an oberer und unterer Extremität in normaler Stärke.

Die mittelst Kohlensäure vorgenommene Aufblähung des Magens ergiebt keine Vergrösserung desselben. Die untere Grenze befindet sich ein Querfinger oberhalb des Nabels, nach rechts nicht überschreitend die rechte Mamillarlinie, nach links nicht die vordere Axillarlinie.

Der durch Aushebung gewonnene Mageninhalt ist grünlich, mit Flocken gemischt.

23. Juli. Seit Patient hier ist, erbricht er alles, was er

zu sich nimmt. Auch klagt Patient über Kopf- und Leibschmerzen.

24. Juli. Die gestrigen Beschwerden bestehen noch alle in demselben Grade. Auf einen Einlauf von zwei Litern erfolgte sehr reichlicher Stuhl.

25. Juli. Alles, was Patient zu sich nimmt, wird erbrochen, selbst esslöffelweise dargereichte eisgekühlte Milch. Auf den gestrigen Einlauf ziemlich reichlicher Stuhl.

26. Juli. Der Zustand ist so, wie gestern. Das Filtrat des Erbrochenen rötet Lakmuspapier ziemlich stark, bläut Congopapier. Untersuchung auf freie Salzsäure mittelst Günsburgschem Reagenz giebt negatives Resultat. Auf einen gestern verabreichten Einlauf erfolgte Stuhl in geringer Menge.

27. Juli. Seit gestern Abend bekommt Patient nur trockene Kost, es ist auch seitdem kein Erbrechen erfolgt. Leib- und Kopfschmerzen bestehen noch immer. 89% Hämoglobin.

Doch nachmittags 4 Uhr trat nach Zufuhr einer geringen Menge verdünnten Weines sofort wieder Erbrechen auf. Das Erbrochene, nahezu geruchlos, enthält nur Reste von Brot und Zwieback. Abends gegen 9 Uhr erbrach Patient noch einmal.

Bei der klinischen Vorstellung am 28. Juli wurde von Herrn Geheimrat von Ziemssen die Diagnose auf Hysterie gestellt.

Der weitere Verlauf der Krankheit, der diese Diagnose vollauf bestätigte, brachte zunächst wenig Veränderung.

Die Paraplegie der unteren Extremitäten bestand unentwegt fort, so dass Patient während der ganzen Zeit das Bett nicht verlassen konnte. Erbrechen erfolgte täglich regel-

mässig 1—2mal. Nach Aufnahme trockener Speisen sistierte es zwar, um sich jedoch nach Zufuhr auch der allergeringsten Flüssigkeitsmenge (Eisstückchen) sofort wieder einzustellen. Kopfschmerzen dauerten fort. Stuhlgang sehr träge; alle 5—6 Tage erfolgte ein Stuhl, und meist nur auf Glycerinklysmen. Harnmenge betrug zeitweise nur 150 gr pro die, im Durchschnitt 450 gr, an einigen Tagen sogar bis 1300 gr. Specifisches Gewicht 1010—1030. Körpergewicht, welches anfangs auf 31,9 kg heruntergegangen war, hob sich trotz des fortgesetzten Erbrechens auf 36,75 kg. Puls, Respiration und Temperatur waren normal bis auf eine Ausnahme.

Am 16. September stieg plötzlich die Temperatur ohne Schüttelfrost auf 39,5, am 17. sogar auf 40,3. Patient klagte über starke Kopf- und Gliederschmerzen. Wangen waren lebhaft gerötet, Zunge dick belegt, Puls sehr beschleunigt. Lebhafte Herzpalpitation. Herztöne rein. Leichte Rötung der Rachenschleimhaut ohne Schwellung. Schmerzen beim Schlingen waren nicht vorhanden. Etwas Husten ohne Auswurf. Abdomen leicht gespannt. Deutliches Ileocöcalgurren. In der Medianlinie leichte Druckempfindlichkeit. Leichter Meteorismus. Milz 18 : 11, nicht palpabel. Kein Exanthem.

Am 18. September war der Puls bereits kräftiger, der Zungenbelag geringer. Husten bestand nicht mehr. Temperatur war bereits auf 38,5 zurückgegangen, um am 19. nur noch 37,7 zu erreichen und am 20. aufs Normale zurückzugehen. Damit war der Anfall beendet.

Was im übrigen die Behandlung betraf, so wurden alle möglichen therapeutischen Massnahmen ergriffen, ohne dass man auch nur den geringsten Erfolg zu verzeichnen gehabt hätte. Faradisation des Bauches und der Wirbelsäule, Tinctura Valeriana und Bromnatrium innerlich brachten keine Veränderung hervor. Einige Zeit lang wurde der Versuch

gemacht, den Patienten zu therapeutischen Zwecken zu hypnotisieren, doch war der Erfolg stets negativ. Ernährung mittels der Schlundsonde hatte auf das Erbrechen gar keinen Einfluss. Dasselbe trat nach wie vor mit derselben Regelmässigkeit auf.

Status vom 1. November: Das Abdomen ist nicht besonders eingezogen. Im Epi- und Mesogastrium, namentlich in der Mittellinie, Druckempfindlichkeit. Die rohe Kraft der Hände sehr gering. Muskulatur in geringem Grade atrophisch. Dynamometer R = 7, L = 6,5. Beweglichkeit in sämtlichen Gelenken der oberen Extremität ungestört. Untere Gegend der Brustwirbelsäule druckempfindlich, doch zeigt sich bei der Inspection nichts Abnormes. Die Beine können nicht über die Unterlage erhoben werden; das Anziehen derselben an den Leib ist gleichfalls nicht ermöglicht. Nur ganz kleine Bewegungsänderungen finden statt. Das Gleiche gilt für Ad- und Abduction der Beine; nur minimale Bewegungen der Zehen sind ermöglicht.

Patellarreflexe, besonders links, sehr verstärkt, kein Fussklonus. Auslösen des linksseitigen Patellarreflexes von starken Nachzuckungen gefolgt. Cremaster- und Bauchreflex beiderseits gut entwickelt. An den oberen Extremitäten wird spitz und stumpf gut unterschieden. An den unteren Extremitäten werden feine Berührungen mit der Spitze als stumpf angegeben; grössere Berührungen werden richtig gedeutet. Sämtliche Extremitäten fühlen sich sehr kühl an. Aufrichten von der liegenden zur sitzenden Stellung unmöglich, ebenso Stehen und Gehen.

Die electrische Erregbarkeit der Nerven wie der Muskeln wird bei der Untersuchung mit beiden Stromesarten normal befunden, wie auch in früherer Zeit.

28. November. Mehrfache Beobachtungen während des

Schlafes ergeben, dass die Lähmungserscheinungen während desselben weit geringer sind als im wachen Zustande. Der Umstand, dass der objective Befund trotz aller therapeutischen Massnahmen, die in den letzten Wochen und Monaten getroffen wurden, keine Besserung, eher eine Verschlechterung zeigte, und dass die Krankheitserscheinungen als rein functionelle, hysterische imponierten, liess es gerechtfertigt erscheinen, mit forcierten, die Psyche resp. das Willensvermögen des Kranken stark beeinflussenden Mitteln vorzugehen.

Unter dem heutigen wurde eine Behandlung des Patienten mit dem faradischen Pinsel bei Null Rollenabstand eingeleitet, trotz der heftigsten Gegenwehr des Patienten, und dieselbe so lange fortgesetzt, bis starke Abwehrbewegungen mit den Beinen eintraten, resp. die paralytischen Erscheinungen verschwanden, und eine intensive Kraftäusserung seitens der Muskeln der unteren Extremitäten erzielt wurde. Die Electrisation wurde erst dann sistiert, als Patient äusserte, er glaube wieder gehen zu können. In der That vermochte derselbe mit Krücken mühsam zu gehen.

Nach 24stündiger Isolierung und abermaliger aber kürzer dauernder kräftiger Faradisation vermochte Patient, wenn auch mühsam und schwankend, mit Unterstützung seiner Krücken, in den Saal zurückzukehren.

30. November. Während des Gehens treten zeitweilig Krämpfe der Streckmuskeln der einen oder andern untern Extremität auf; nach abermaliger kurzdauernder Faradisation war der normale sichere Gang wiederhergestellt.

Bei der klinischen Vorstellung am 1. December vermag Patient in den Saal zu gehen. Auch abends ist das Gehvermögen unverändert gut. Die Untersuchung mit dem Dy-

namometer ergibt R = 24, L = 19. Heute Mittag hat auch das Erbrechen sistiert.

Von nun ab soll vorwiegend danach getrachtet werden, den Ernährungszustand des Patienten (das Körpergewicht beträgt zur Zeit 36 kg) zu heben. Bei Wiederkehr des Erbrechens wird dem Patienten die neuerliche Anwendung des faradischen Pinsels angedroht.

4. December. In den letzten Tagen erfolgt kein Erbrechen mehr. Patient ass mit Appetit, schlief gut. Gehstörungen sind nicht mehr nachweisbar.

Unter dem 7. December wird Patient in die Reconvalescenten-Anstalt transferiert.

So weit die Krankengeschichte.

Wenngleich diejenigen Symptome, welche man als besonders characteristisch für Hysterie und nach dem Vorgange Charcots als „hysterische Stigmata“ bezeichnet hat, hier nicht so sehr in den Vordergrund traten, dass aus ihnen die Diagnose sich von selbst ergeben hätte, und wenn auch vor allem die sogenannten hysterischen Anfälle, die ja meist, wenn sie vorhanden — was zwar keineswegs immer der Fall zu sein braucht — die Krankheit sofort und sicher erkennen lassen, gänzlich fehlten, so musste doch die Mannigfaltigkeit des ganzen Krankheitsbildes, die scheinbar in gar keinem Zusammenhang mit einander stehenden, bald mehr bald weniger hervortretenden Symptome den Verdacht einer hysterischen Affection auf den ersten Blick erwecken. Allerdings liessen auch wieder diejenigen Erscheinungen, welche am meisten die Aufmerksamkeit auf sich lenken mussten und zugleich als die hartnäckigsten sich erwiesen, die Möglichkeit einer tiefer gehenden anatomischen Veränderung nicht so ohne Weiteres von der Hand weisen.

So war vor allem die Paraplegie der unteren Extremitäten

zusammen mit den sensiblen Reizerscheinungen und der teilweisen Steigerung der Reflexe, wie es wohl in der grossen Mehrzahl derartiger Fälle zu sein pflegt, auch hier sehr wohl geeignet, auf den ersten Blick eine organische Rückenmarkskrankheit vorzutäuschen.

Differentialdiagnostisch konnte da zunächst in Betracht kommen eine Entzündung des Rückenmarks, und zwar in der Dorsalgegend, also eine Myelitis dorsalis. Auch bei ihr pflegen die ersten Krankheitserscheinungen, wenigstens wenn sie chronisch verläuft, in einer allmählich immer mehr zunehmenden Parese der unteren Extremitäten zu bestehen, die sich schliesslich zur völligen Paralyse steigert, so dass die Kranken nicht die geringste active Bewegung mit ihren Beinen auszuführen vermögen. Hand in Hand mit dieser Erscheinung geht dann in der Regel als zweites wichtiges Symptom die Steigerung der Reflexe, welche auf unsern Fall aber schon nicht mehr ganz anwendbar war, da es nur den Patellarsehnenreflex betraf, während die übrigen teils normal, teils sehr schwach entwickelt sich zeigten. Und endlich kam noch in Betracht, dass Functionsstörungen von Seiten der Blase und des Mastdarms, die wohl in keinem Fall von Myelitis fehlen durften, bei unserem Patienten in keiner Weise sich bemerkbar machten und auch im ganzen Verlauf der Krankheit nicht beobachtet worden sind.

Eine Myelitis dorsalis war also wohl mit ziemlicher Sicherheit auszuschliessen.

Und nicht viel anders stand es mit der Differentialdiagnose zwischen hysterischer Paraplegie einer- und Poliomyelitis anterior (atrophischer Spinallähmung) und Polyneuritis andererseits. Die beiden letzteren Krankheiten sind sich ja in ihrem Verlaufe oft so ähnlich, dass man auf die Vermutung gekommen ist, dieselben seien in ätiologischer

Beziehung nahe verwandt und stellten nur verschiedene Lokalisationsformen derselben Krankheitsursache dar. Auch kann der Symptomencomplex beider Krankheiten eine so grosse Aehnlichkeit mit einer hysterischen Affection haben, dass eine Unterscheidung allein nach den äusserlich wahrnehmbaren Erscheinungen oft nicht so ganz einfach erscheint.

Da ist es denn besonders ein Symptom, welches eine ständige Begleiterscheinung der beiden erstgenannten Krankheiten bildet, bei Hysterie jedoch niemals beobachtet wird, das ist die electrische Entartungsreaction.

Unter andern hat auch Benett[1]) in einer längeren Abhandlung, in welcher er die klinische Unterscheidung zwischen hysterischer Paraplegie und atrophischer Spinallähmung als eine oft nicht ganz leichte bezeichnet, als sicherstes differentielles Kriterium neben der Untersuchung der Sehnenreflexe vor allem die exacte und sachgemässe Prüfung der electrischen Reaction empfohlen.

Während also in unserem Falle die vollständige Lähmung und gleichzeitige Atrophie der Muskulatur, auch die anfänglichen Schmerzen in den Beinen, ferner vollständige Intactheit der Blasen- und Mastdarmfunctionen die Möglichkeit einer Poliomyelitis anterior resp. Polyneuritis zuzulassen schienen, musste doch der Umstand, dass die Muskeln vollkommen normal reagierten, allein schon einen solchen Verdacht beseitigen. Auch das Fieber, mit welchem die beiden letzteren Krankheiten einzusetzen pflegen, und das Aufgehobensein aller Reflexe trafen für unsern Fall nicht zu.

Dass es sich nicht um eine akute aufsteigende Spinalparalyse handeln könne, ergab sich aus dem chronischen Verlaufe der Krankheit. Immerhin ist aber

1) The differential diagnosis between hysterical paralysis and poliomyelitis anterior by Hughes-Benett. (The Lancet. 1882. Nov. 18.)

hervorzuheben, dass manche der günstig verlaufenden Fälle von akuter aufsteigender Spinalparalyse, in denen die Krankheit mit Allgemeinerscheinungen, wie Kopfschmerzen, geringem Fieber, sodann mit Parese und allmählich folgender Paralyse der unteren Extremitäten beginnt und dann auf diesem Punkt stehen bleibt, ja, nach einer kürzeren oder längeren Zeit die Symptome wieder zurückgehen, die Unterscheidung von ähnlich verlaufenden hysterischen Lähmungen zu einer äusserst schwierigen machen können, zumal Abnahme der faradischen Muskelerregbarkeit und ebenso Blasen- und Mastdarmstörungen keineswegs immer einzutreten brauchen.

Nicht ganz so einfach war die Entscheidung darüber, ob die vorliegenden Symptome nicht möglicherweise einer multiplen Sklerose des Rückenmarks angehörten. Manche Fälle von multipler Sklerose — es sind das hauptsächlich diejenigen, welche man als abweichende Formen oder atypische Sklerose („formes frustes") bezeichnet hat — bieten in ihrem ganzen Verlauf ein so wechselreiches und oft so compliciertes Krankheitsbild, wie man es eben nur bei Hysterie zu finden gewohnt ist. Oftmals verlaufen sie vollständig latent, so dass oft nur Klagen über geringen Kopfschmerz das einzige Symptom bilden, zu dem dann nach einander mehr oder weniger starke Motilitäts- oder Sensibilitätsstörungen treten können, so dass es, wenn überhaupt, oft erst in ihren späteren Stadien und durch den schliesslichen Ausgang möglich ist, sie mit Sicherheit von der Hysterie zu unterscheiden.

Auf die Schwierigkeiten solcher Unterscheidung hat Buzzard[1]) in einem längeren Aufsatz hingewiesen, in

1) On the simulation of hysteria by organic disease of the nervous system, by Thomas-Buzzard. (Brain. 1890. Spring-Number). Ref. im Neurolog. Centralblatt 1890. pag. 371.

welchem er sowohl Fälle von organischer Erkrankung des Nervensystems, die Hysterie vortäuschten, als auch umgekehrt solche, wo Hysterie den Gedanken an organische Erkrankungen nahe legte, bespricht. Bruns sagt in seinem Referat über die Arbeit: „Verfasser wählt mit dankenswerter Offenheit gerade solche Fälle aus, bei denen er selbst zunächst die falsche Diagnose gestellt hatte. Ein Teil derselben fällt in frühere Zeit und würde heute den Autor wohl nicht mehr zu Irrtümern verleiten — bei andern ist aber der diagnostische Fehler allerdings kaum vermeidlich. Jeder Sachverständige wird dem Autor ohne Weiteres Recht geben, wenn er sagt, dass gerade die disseminierte Sklerose oft diagnostische Probleme von geradezu unlöslicher Verwickeltheit darbiete, und dass keine andere Nervenerkrankung in ihren Frühstadien so oft und ich möchte behaupten, mit so viel geradezu innerer Berechtigung mit der Hysterie verwechselt werde."

Die Wahrheit dieser Worte scheint auch unser Fall bestätigen zu sollen. Denn die Symptome des anfänglichen Kopfschmerzes, der Paraplegia inferior, der Hyperästhesie sind alles Erscheinungen, die bei der Sklerose mit derselben Häufigkeit vorkommen, wie bei der Hysterie. Zudem kam noch die Möglichkeit in Betracht, dass, wie in einigen Fällen beobachtet worden ist, eine Combination beider Krankheiten vorkommen kann. So konnte Buzzard bei Frauen stets eine Mischung der Sklerose mit hysterischen Symptomen feststellen, nicht selten auch bei Männern. Zwei ähnliche Fälle beschreibt auch Oppenheim[1]).

1) Oppenheim, H. Einiges über Combination functioneller Neurosen mit organischen Erkrankungen des Nervensystems. Neurol. Centralblatt No. 76.

Wir sehen also, dass die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten keineswegs zu unterschätzen gewesen wären, wenn nicht noch ein anderes nicht minder in die Augen fallendes Symptom bestanden hätte, das nun allerdings geeignet war, alle etwa bestehenden Bedenken, die sich aus der alleinigen Betrachtung der oben angeführten Symptome hätten ergeben können, zu zerstreuen und die Diagnose zu einer zweifellos sicheren zu gestalten — das war das Erbrechen.

Inbezug auf diese Erscheinung lagen nun die Verhältnisse allerdings wesentlich einfacher.

Wir wissen ja, dass Störungen der Magenfunctionen bei der Hysterie keine seltenen Erscheinungen sind; und hier hatte der Verdacht, dass es sich um eine nervöse Affection handelte, eine um so grössere Berechtigung, als sich für eine organische Magenerkrankung schlechterdings kein Anhaltspunkt gewinnen liess.

Ein chronischer Magenkatarrh pflegt von einem so hartnäckigen Erbrechen, wie es hier bestand, nämlich von nahezu zwölfmonatlicher Dauer, nicht begleitet zu sein; auch Untersuchung auf freie Salzsäure ergab völlig negatives Resultat. Gegen eine Magenerweiterung sprach der objektive Befund, welcher auf eine mittelst Kohlensäure vorgenommene Aufblähung des Magens keine Vergrösserung desselben ergab. Gegen ein Magengeschwür, das wegen der Druckempfindlichkeit im Epigastrium noch am wahrscheinlichsten gewesen wäre, sprach der Umstand, dass weder im Erbrochenen, noch im Kot irgendwelche Spuren von Blut nachgewiesen werden konnten, welcher zwar nicht immer bei Ulcus ventriculi zu bestehn braucht, wegen des langdauernden und hartnäckigen Erbrechens jedoch sich wiederholt hätte zeigen müssen. Allerdings wäre auch in diesem Falle eine hysterische Erkrankung noch nicht einmal aus-

geschlossen gewesen, da ja bekanntlich Blutbrechen auch bei der Hysterie beobachtet wird.

Beachtung verdient auch noch der Umstand, dass Patient von den Augenblicken an, wo er nur trockene Kost erhielt, nicht mehr erbrach, während nach Zufuhr einer geringen Flüssigkeitsmenge jedes Mal sofort wieder Erbrechen auftrat, eine gewiss höchst merkwürdige Erscheinung, die sich auch nur durch Annahme einer hysterischen Affection erklären liess.

Bringt man nun mit dem Hin- und Herschwanken einzelner, wenn auch weniger hervorragender Symptome, wie der sensiblen Reizerscheinungen, der Reflexe, das mit dem herabgekommenen Ernährungszustand seltsam contrastierende frische Aussehen des Patienten und weiter das aus der Untersuchung auf tiefer gehende anatomische Veränderungen sich ergebende völlig negative Resultat in Verbindung, so musste sich wohl die Diagnose »Hysterie« von selber ergeben, die denn auch thatsächlich bereits am Tage der Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus gestellt wurde.

Wenden wir uns jetzt zur näheren Betrachtung des Gesamtkrankheitsbildes, so drängt sich uns zunächst die Frage nach ätiologischen Momenten auf.

Guinon[1]) hat die bei der Hysterie in Frage kommenden ursächlichen Momente, die er agents provocateurs nennt, aufgezählt; er rechnet zu ihnen Gemütsbewegungen, die verschiedensten Allgemein- und Infectionskrankheiten, ferner eine Reihe von Ursachen, welche im Allgemeinen eine Schwächung des Körpers herbeiführen, wie Blutungen, körperliche und geistige Ueberanstrengungen u. a., sodann Intoxikationen,

1) Les agents provocateurs de l'hystérie par Georges Guinon, ancien interne des hôpitaux. Paris 1889.

Krankheiten des Genitalapparates und viele andere. Doch macht er im zweiten Teil seiner Abhandlung darauf aufmerksam, dass alle diese aufgezählten Momente nur die Gelegenheitsursachen zum Ausbruch der Krankheit bilden, dass jedoch die wahre prädisponierende Ursache allein die Heredität sei. Es ist ja nicht zu leugnen, dass in manchen Fällen von Hysterie anamnestisch hereditäre Belastung nicht nachzuweisen ist; gleichwohl wird man aber auch bei ihnen hereditäre Anlage als Hauptargument in ätiologischer Beziehung anzunehmen haben.

So kann die Krankheit lange gleichsam latent bleiben, bis schliesslich ein von aussen kommender Anstoss, der an einem widerstandsfähigeren Nervensystem vielleicht wirkungslos abgeprallt wäre, dasselbe aus seinem gewissermassen labilen Gleichgewicht bringt. Denn es ist nicht zu übersehen, dass die jeweilige individuelle Disposition des Nervensystems zu Erkrankungen eine wichtige Rolle spielt. So ist es eine bekannte und kaum zu leugnende Thatsache, dass bei dem »schwachen« weiblichen Geschlecht die Hysterie häufiger beobachtet wird, als bei dem männlichen, und dass weiter die Zeit der Pubertätsperiode, zumal vom 12.—15. Lebensjahre am häufigsten betroffen ist. So hat Briquet[1]) unter 426 Fällen festgestellt, dass 221, also mehr als die Hälfte, in der Zeit vom 10.—20. Lebensjahre zur Entwickelung gekommen waren. Hiermit übereinstimmt die Beobachtung von Landowsky[2]), unter dessen 359 Fällen 185 derselben Zeit angehörten.

Wenn man nun auch hereditäre Anlage als die der Krankheit zu Grunde liegende Ursache ansieht, so ist damit

1) von Ziemssen, Handbuch der spez. Pathologie und Therapie, Bd. XII. Teil 2. pag. 497.

2) Ibid.

das Wesen der Hysterie noch nicht erklärt. Wir nehmen immer noch mit Sydenham an, dass Hysterie da bestehe, wo keine nachweisbare anatomische Veränderung sich findet, und dass die Grundlage der Hysterie in letzter Linie zu suchen ist in einem abnormen »Zustande« des Nervensystems, der sich lediglich durch seine Symptome bestimmen lässt. Man hat versucht, diesen Zustand näher zu präcisieren, und hierbei haben sich allmählich die zwei Gegensätze herausgebildet, die heute die Forscher auf dem Gebiete der Hysterie in zwei Lager scheiden. »Ein Teil der Gelehrten (Charcot, Mendel u. a.) hält nämlich die hysterischen Symptome für die Folgen gestörter Function des Nervensystems, die Hysterie also für eine allgemeine functionelle Neurose, wobei sie allerdings der Psyche einen nicht unbedeutenden Einfluss auf die Gestaltung des Gesamtkrankheitsbildes einräumen. Die andere Anschauung (Strümpell, Bernheim, Möbius) stellt die Psyche in den Vordergrund und führt sämtliche hysterische Erscheinungen auf Störungen der psychischen Functionen des Gehirns zurück.« [1])

So betont Charcot [2]) vor allem, dass auch die Hysterie gerade so wie andere krankhafte Zustände des Nervensystems bestimmten Regeln und Gesetzen unterworfen sei, die immer die nämlichen seien, für die Spital- sowie für die Privatpraxis, für alle Länder, für alle Zeiten, für alle Racen, die also wirklich universelle Gültigkeit besitzen und fährt dann fort: »Es giebt eine andere wichtige Thatsache in der Lehre von den Neurosen im Allgemeinen und von der Hysterie im Besonderen, welche beweist, dass diese Affectionen durchaus

1) Kaufmann K. Ueber Hysterie beim Manne. Inaug.-Dissert. Strassburg 1891.

2) Charcot, Neue Vorlesungen über die Krankheiten des Nervensystems, übersetzt von Dr. S. Freud. Wien 1886. pag. 13.

nicht etwa in der Pathologie eine besondere Klasse bilden, welche von andern als den gemeinen physiologischen Gesetzen beherrscht wird, nämlich die, dass ihre Symptomatologie sich immer — und häufig in innigster Weise — der Symptomatologie anschmiegt, welche an die Erkrankungen mit materiellen Läsionen geknüpft ist.« . . . »Gerade diese Aehnlichkeit, welche den Kliniker mitunter in Verlegenheit bringt, muss dem Pathologen zur Belehrung gereichen, um hinter dem gemeinsamen Krankheitsbilde die Identität der anatomischen Lokalität zu erkennen, und mutatis mutandis die dynamische Läsion in jenen Ort zu verlegen, auf den die Untersuchung der entsprechenden organischen Läsion hingewiesen hat. Und damit hätten wir wieder erkannt, dass die Principien, welche in dem Reiche der Pathologie herrschen, auch für die Neurosen Geltung haben, und dass man auch bei diesen trachten muss, die klinische Beobachtung durch anatomische und physiologische Denkweisen zur Vollendung zu bringen.«

In unstreitig sehr scharfsinniger Weise setzt Rudolf Arndt[1]), der die Hysterie stets mit Chlorose vergesellschaftet wissen will, auseinander, dass die Ursache der Hysterie in einer angebornen Schwäche des Nervensystems zu suchen sei, da alle Erscheinungen der Krankheit sich zurückführen liessen auf die für den ermüdeten und absterbenden Nerven geltenden Gesetze. Er folgert dann weiter, dass das gleichsam auf einem embryonalen, beziehungsweise infantilen Standpunkt stehen gebliebene und somit hypoplastische Nervensystem allmählig infolge der mangelhaften Ernährung durch das in nicht gehöriger Weise zusammengesetzte Blut einen paraplastischen Character annehmen

1) Eulenburg, Realencyclopädie der gesamten Heilkunde. 1887. Band X. pag. 180.

müsse, und fasst dann schliesslich seine Ausführungen in folgende Worte zusammen: »Ein von Hause aus in seiner Entwicklung gehemmtes und damit überhaupt anormal gewordenes Nervensystem im Zusammenhang mit einem in seiner Entwicklung gehemmten und darum ebenfalls anormal gewordenen Blutkörper, sowie einem entsprechenden Sexualsystem und noch einer ganzen Reihe von andern Bildungshemmungen, die indess eine minder grosse Bedeutung haben, das wäre es also, was der Hysterie in der Regel zu Grunde läge, beziehungsweise ihr Wesen ausmachte.«

Diesen Ansichten gegenüber steht also die zweite Schule, welche die Hysterie für eine Psychose hält. So führt Möbius[1]) ungefähr folgendermassen aus: »Da jedoch auch Fälle von Hysterie vorkommen und zwar besonders bei Männern, in welchen nachweisbare Störungen der seelischen Thätigkeiten im engeren Sinne nicht vorhanden sind, so kann das wesentliche Kennzeichen nicht in der Art der psychischen, sondern in der der somatischen Symptome gesucht werden. Und zwar sind hysterisch alle diejenigen krankhaften Veränderungen des Körpers, welche durch Vorstellungen verursacht sind. Das Characteristische dieser Veränderungen liegt darin, dass sie einmal ungewöhnlich leicht und ungewöhnlich heftig durch Vorstellungen hervorgerufen werden, und weiter, dass Vorstellungen körperliche Störungen hervorrufen, welche bei Gesunden überhaupt nicht beobachtet werden. Der Vorgang aber, durch welchen die Vorstellung die Lähmung oder sonstiges bewirkt, liegt ausserhalb des Bewusstseins, d. h., der Kranke weiss nicht, wie er zu seiner Lähmung kommt.«

5) Möbius, P. J., Ueber den Begriff der Hysterie. Centralbl. für Nervenkrankheiten 1888. Ref. in Schmidts Jahrb. Band 218.

In ähnlichem Sinne spricht sich Strümpell[1]) aus, wenn er sagt: »Wir fassen die Hysterie als eine Erkrankung auf, welche sich ausschliesslich auf die mit den psychischen Vorgängen unmittelbar verknüpfte Gehirnthätigkeit bezieht, also, wenn man will, als eine Psychose, aber in dem erweiterten Sinne des Wortes, dass sich die Störung nicht nur auf den normalen Ablauf der psychischen Vorgänge selbst bezieht, sondern ebenso auch auf die Verknüpfung derselben mit den rein körperlichen Innervationsregungen. Dabei liegt aber der Ausgangspunkt der Störung in letzter Hinsicht u. E. stets auf psychischem Gebiet, wenn auch, wie wir später sehen werden, der Anlass zu der psychischen Veränderung oft genug in materiellen Vorgängen zu suchen ist.«

Dass zwischen den beiden Zuständen, den Psychosen und den Neurosen, eine gewisse Verwandtschaft bestehen muss, geht ja aus der allbekannten Erscheinung hervor, dass an Psychosen leidende Eltern häufig hysterische Kinder erzeugen, wie auch oft umgekehrt psychisch Kranke in der Anamnese mit Neurosen behaftete Eltern aufweisen. Und so hat denn auch eine dritte Reihe von Autoren (von Ziemssen, Jolly) einen vermittelnden Standpunkt eingenommen und gesagt, dass bei der Hysterie sowohl die Psyche als auch das Nervensystem an der Erkrankung beteiligt sein müssen, und daher die Hysterie am besten als Neuropsychose zu bezeichnen ist. Diese seine Ansicht hat in neuerer Zeit Jolly[2]) in einem in der Hufelandschen Gesellschaft in Berlin am 10. März 1892 über »Hysterie bei Kindern« gehaltenen Vortrag dargelegt. Er weist zunächst

1) Strümpell, A. Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten. Leipzig 1892. pag. 513.

2) Jolly, F., Ueber Hysterie bei Kindern. Berliner klin. Wochenschrift. XXIX. 34. 1892.

auf bekannte Eigenthümlichkeiten der kindlichen Hysterie hin und betont, dass man gerade der Hysterie der Kinder gegenüber leicht zu dem Verständnisse der hysterischen Störungen gelangen könne und kommt zu dem Schluss: man müsse bei Hysterie einerseits eine gesteigerte Reizbarkeit, vermöge deren es zu ungewöhnlichen (nach Stärke und nach Form) Aeusserungen der Erregung komme, andererseits die Entstehung der Symptome durch Einbildung (oder Autosuggestion) annehmen. Beides, die gesteigerte Reizbarkeit und die Wirkung der Phantasie wirke zusammen.

Eine ähnliche Auffassung will auch Strümpell[2]) wenigstens von den sogenannten traumatischen Neurosen gelten lassen, wie er auf dem vorjährigen XII. medizinischen Congress in Wiesbaden ausgeführt hat.

Alles in allem zusammengenommen bleibt für die Hysterie bestehen, dass es eine Erkrankung des Nervensystems ist, für die eine nachweisbare anatomische Veränderung des Nervensystems bisher nicht aufzufinden war und die man eben nur nach ihren Symptomen bestimmen kann. In ätiologischer Beziehung bleibt als einzig prädisponierende Ursache die Heredität.

Und so müssen wir auch in unserem Falle ein in einem abnormen Zustande sich befindliches Nervensystem als vorher bestehend und wohl auf hereditärer Grundlage beruhend annehmen. Das Alter des Patienten erklärt uns dann weiter, warum die Krankheit gerade jetzt zum Ausbruch gekommen ist. Ob als Gelegenheitsursache das Bad in der Isar mitgewirkt hat, mag dahingestellt bleiben.

Die Aeusserungen dieses anormalen Nervensystems bieten nun eine grosse Mannigfaltigkeit; sie verteilen sich auf die motorische, sensible und vegetative Sphäre.

1) Vergl. Neurol. Centralblatt. 1893. pag. 320.

Die ersten bemerkbaren Symptome, mit denen das ganze Krankheitsbild einsetzte, waren Störungen des Verdauungstractes, bestehend anfangs nur in Leibschmerzen und Diarrhöen. Während letztere auf eine medicamentöse Behandlung hin schwanden, wurden die Leibschmerzen so heftig, dass sie den Patienten zwangen, das Krankenhaus aufzusuchen. Hier gesellte sich nun eine weitere Erscheinung hinzu, die bestimmt war, das ganze Krankheitsbild bis zum Schluss zu beherrschen, und welches neben der bald darauf eintretenden Paraplegia inferior zugleich das hartnäckigste Symptom bildete — das war das Erbrechen. Anfangs nur in Zwischenräumen auftretend, nahm es allmählig im weiteren Verlaufe der Krankheit so an Intensität zu, dass regelmässig nach jeder Mahlzeit die aufgenommene Nahrung wieder erbrochen wurde, der Ernährungszustand infolgedessen vollständig herunterkam, eine beträchtliche Volumensverminderung der Gesamtmuskulatur des ganzen Körpers sich einstellte und das Körpergewicht auf 31,9 kg herunterging.

Hiergegen traten denn die übrigen Störungen des Verdauungstractus, wenn sie auch teilweise nicht minder constant waren, mehr in den Hintergrund. So war die Anorexie, welche wahrscheinlich ebenfalls hysterischer Natur war, besonders anfangs so stark, dass Patient einmal acht Tage lang nichts gegessen hatte. Und ebenso hielt auch einmal die Obstipation eine Woche an; im weiteren Verlaufe der Krankheit erfolgte alle 4—5 Tage Stuhl, jedoch meist auch nur auf Klysma. Ob diese Erscheinung in einer Darmatonie ihren Grund hatte, oder eine Begleiterscheinung des damals vielleicht vorhandenen Darmkatarrhs war, ist schwer zu sagen. Meteorismus trat nur einmal in mässigem Grade auf, um jedoch bald darauf wieder zu verschwinden.

Bristowe[1]) sah bei zwei Kranken, die unter profusem Erbrechen zu Grunde gegangen waren, keine palpable Magenläsion, dagegen eine beträchtliche Erweiterung der Speiseröhre und nahm an, dass spastische Zustände im Oesophagus das Hinabgleiten der Speisen in den Magen verhindert hätten. Da man bei den Hysterischen sehr häufig spastische und paretische Affectionen der Oesophagus-Muskulatur beobachtet, so glaubte Bristowe, auch das Erbrechen Hysterischer auf diese Störung zurückführen zu dürfen, um so mehr, als das Erbrechen nach seiner Ansicht ausblieb, wenn man die Speisen mit Hülfe der Schlundsonde in den Magen beförderte. Dieselbe Ansicht finden wir vertreten in einer Arbeit Hervé de Lavaurs[2]), der ebenfalls nach Einführung der Nahrung mittelst der Schlundsonde das Erbrechen sistieren sah.

Diese Auffassung ist in ihrem ganzen Umfange wohl kaum aufrecht zu erhalten. Wohl kann der Oesophagus der Sitz des Spasmus sein; dann wird eben die Nahrung ausgestossen, bevor sie den Magen erreicht. Aber dass das unstillbare Erbrechen Hysterischer nicht allein in Krämpfen der Oesophagus-Muskulatur seinen Grund hat, beweist auch unser Fall sehr klar, bei welchem nach Applizierung der Schlundsonde das Erbrechen unverändert fortbestand. Ebenso berichtet Guyot[3]) von einem Kranken, der am 82. Tage vom Auftreten des ersten Erbrechens trotz der Ernährung durch die Schlundsonde zu Grunde ging.

Es ist eine allbekannte Thatsache, dass bei der Hysterie

---

1) Bristowe, Klinische Bemerkungen über das functionelle Erbrechen Hysterischer. Practitioner 1883. Ref. in Börners Jahrb. d. pract. Mediz. 1884. pag. 240.

2) Hervé de Lavaur, De la dyspepsie nerveuse. Thèse. Paris 1885.

3) Guyot, Gaz. de Méd. de Paris. 1882. pag. 206.

Krampfzustände in der Speiseröhre entstehen können, sowohl spontan, als auf reflectorischem, wie auch auf psychischem Wege, die wir gewohnt sind, mit dem Namen Globus hystericus zu bezeichnen. Ganz analog werden nun aber auch Krampfzustände in dem übrigen Teil des Verdauungstractus, also auch im Magen, dessen Muskulatur zudem ja teilweise nur eine Fortsetzung derjenigen des Oesophagus bildet, entstehen können; in unserem Falle allerdings nicht spontan, sondern, wie das Auftreten des Erbrechens nach der jedesmaligen Einführung der Nahrung beweist, auf reflectorischem — aus der Druckempfindlichkeit des Epigastrium lässt sich auch eine Hyperästhesie der Magenwand erschliesen —, und, wie wir gleich sehen werden, höchst wahrscheinlich auch auf psychischem Wege. Wenn diese Krämpfe auch nicht immer geeignet sind, die Speisen herauszubefördern, so leiten sie doch das Erbrechen ein; zum wirklichen Auswurf der Stoffe wird dann die Bauchpresse zu Hülfe genommen.[1])

Dass das Erbrechen nicht nur vom Magen, sondern u. a. auch vom Gehirn seinen Ursprung nehmen kann, beweist ja das Auftreten von Erbrechen nach einem Gefühl, das wir Ekel nennen, und welches beruht auf widrigen Vorstellungen der Psyche. Und dass gerade bei der Hysterie Vorstellungen des Gehirns und zum Teil krankhafte Vorstellungen des Gehirns eine Hauptrolle spielen, ergiebt sich ja aus dem ganzen Character der Krankheit, aus der degenerativen Constitution des Nervensystems von selbst. Nur so ist es zu erklären, dass, so oft zu Lokalerkrankungen einzelner Organe sich lokale Hysterie gesellt: ein wirklich fungöses Gelenk kann Sitz einer hysterischen Arthralgie werden; und ebenso ist es auch wohl denkbar, dass ein katarrhalisch affizierter Magen

2) Vergl. Mellinger, C., Beitrag zur Kenntnis des Erbrechens. Pflügers Archiv. Bd. 24. pag. 232.

Anlass zu hysterischem Erbrechen werden kann. In diesem Falle würde also die organische Erkrankung zur Gelegenheitsursache der Neurose geworden sein. Inbezug auf letzteren Punkt sei noch hingewiesen auf die sehr interessante Arbeit von Konrad Alt[1]) aus der Klinik von Professor Hitzig in Halle, in welcher er seine ziemlich reichlichen Erfahrungen betreffs Entstehung von Neurosen und Psychosen aus krankhaften Störungen des Digestionsapparates darlegt.

In ähnlichem Sinne spricht sich Gowers[2]) aus, wenn er sagt: »Das Symptom des hysterischen Erbrechens kann, wie viele andere bei der Hysterie, auch zuerst mit einem echten Anfall gastrischer Störung beginnen, welches von Nausea begleitet ist; aber wenn dieser verschwunden, so bleibt es als pathologische Gewohnheit, meist von unwillkürlichem Character, aber auch häufig willkürlich hervorgerufen. Der Magen steht freilich nicht direct unter dem Einfluss des Willens, aber Erbrechen kann durch das blosse Gefühl des Unbehagens hervorgerufen werden, und dieses Gefühl kann schon durch den blossen Gedanken entstehen, wie die merkwürdigen Fälle beweisen, wobei Erbrechen der schwangeren Frau den Gatten ebenfalls erbrechen macht, und schliesslich wird derselbe schon krank, sobald er weiss, dass seine Frau schwanger ist.«

Bei dieser Gelegenheit möge erwähnt werden, dass in neuerer Zeit die zuerst von Kaltenbach aufgestellte gewiss höchst geistreiche Hypothese, dass das Erbrechen Schwangerer auf hysterischer Grundlage beruhe, wieder mehr

1) Alt, Konrad, Ueber das Entstehen von Neurosen und Psychosen auf dem Boden von chronischen Magenkrankheiten. Archiv für Psychiatrie. Berlin 1892. pag. 403.

2) Gowers, W. R., Handbuch der Nervenkrankheiten. Autorisierte deutsche Ausgabe von Dr. Karl Grube. Bonn 1892. Bd. III pag. 377.

in den Vordergrund getreten ist. So ist E. Frank[1]) der Ansicht, dass die Hyperemesis gravidarum Folge einer erhöhten Nervenerregbarkeit sei und eine Teilerscheinung der Hysterie. Er führt für letzteres einen Fall an, den er in Prag mit Professor Fischl behandelte. Als Ursachen der erhöhten Nervenerregbarkeit sieht er anatomische Veränderungen der Genitalien, wie Retoflexio, Erosio u. s. w. und die während der Schwangerschaft sich ausbildende Anämie und die hierdurch bedingte Gehirnanämie an. Ebenso berichtet Muret[2]) über einen Fall von schwerer Hyperemesis, der durch eine einfache Magenausspülung rasch geheilt wurde. Ursache ist nach ihm Hysterie. Er schliesst hieraus, dass durch die Schwangerschaft eine Neurose, der Hysterie gleichwertig, entstehen könne. Er unterscheidet zwei Arten von Hysterie, eine durch Genitalleiden hervorgerufene und operativ leicht zu beseitigende, und eine allgemeine, Genitalleiden hervorrufende, oder neben diesen bestehende.

In der Litteratur finden sich nicht besonders zahlreiche Fälle von hysterischem Erbrechen verzeichnet, und von den aufgezählten bietet auch nur ein Teil dem unsrigen analoge Verhältnisse dar. Zudem betreffen sämtliche aufgeführten Fälle das weibliche Geschlecht; von Erbrechen der Hysteria virilis hat Verfasser keinen einzigen Fall gefunden. Die Gelegenheitsursache bildeten meist pathologische Vorgänge in den Sexualorganen.

Hyde Salter[3]) erzählt zwei Fälle von hysterischem Erbrechen. Beide betrafen Mädchen von 19 und 17 Jahren;

1) Frank, E. (Olmütz). Über Hyperemesis gravidarum. Prager mediz. Wochenschrift. 1893 No. 2. Ref. im Centralblatt für die mediz. Wissenschaften. 1893. Nr. 16. pag. 288.

2) Muret, M. Hyperemesis gravidarum und Hysterie im Allgemeinen. Deutsche medizin. Wochenschr. 1893. Nr. 6. Ref. ibid.

3) Salter, Hyde, On hystericae vomiting. Lancet. July 4. 11.

die eine litt seit der Kindheit an Schmerzen verschiedener Teile und Erbrechen. Seit Auftreten der Periode steigerte sich beides; auch kam seit zwei Jahren Lähmung eines Armes hinzu. Ausserdem litt sie an allerlei Schmerzempfindungen im Becken, Drang aufs Wasser, Verstopfung und dem Gefühl einer Kugel im Hals. — Die andere hatte noch hysterische Krämpfe und war sehr heftig und reizbar. — In beiden Fällen keine Spur einer organischen Magenkrankheit. Das fast täglich mehrmalige Erbrechen des Genossenen erfolgte ohne vorausgehende Uebelkeit, gleich nach dem Essen. Schwer verdauliche Dinge wurden besser im Magen behalten, als leicht verdauliche.

Henry Bennet[1]) sah ein Mädchen von 19 Jahren, welches seit der Menstruation an symptomatischem Erbrechen bei Vulvitis, Vaginitis und Metritis cervicalis mit ausgedehnter Verschwärung litt, und deren beide Beine gelähmt waren, so zu Grunde gehen.

Sehr ausführlich beschreibt Amann sen.[2]) einen Fall von hysterischem Erbrechen, bei dem die Krankheit durch mangelhafte Thätigkeit und Entwicklung des Uterus zum Ausbruch gekommen war. Es handelte sich um ein 18jähriges körperlich und geistig normal entwickeltes Mädchen, das im Dezember 1870 in das Reisingerianum zu München aufgenommen wurde. Dasselbe war in ihrem 10. Lebensjahre von täglich 3—4mal wiederkehrendem Erbrechen befallen worden, wobei der Appetit ungestört blieb, und das 5—6 Monate lang angehalten hatte. Mit dem 13. Lebensjahre

---

Charing-cross hosp. Ref. in Virchow-Hirsch Jahresber. 1868 Bd. II Abt. 1. pag. 25.

1) Bennet, Henry, Hysterical vomiting. Ibid. August 29.

2) Bayer. ärztl. Intell.-Blatt XVIII. 43. 1871. Ref. in Schmidts Jahrb. Bd. 150 Jahrg. 1872 Nr. 5. pag. 176.

war die Menstruation eingetreten und hatte ein Jahr hindurch mit Regelmässigkeit fortbestanden. Von da ab stellten sich allerlei Unregelmässigkeiten ein. Fortwährend bestand Obstipation. Im letzten Jahre kamen noch häufig Schwindel und Ohnmachten hinzu; es zeigte sich öfter ein Globus hystericus, dem klonische Convulsionen der Extremitäten Lach- und Weinkrämpfe mit zeitweise aufgehobenem Bewusstsein folgten; ein solcher Anfall von 3-stündiger Dauer wurde in der Anstalt bald nach geschehener Aufnahme der Kranken beobachtet und endete mit Aufstossen und Erbrechen. Letzteres war seit 1½ Jahren nach einer mehrmaligen Unterbrechung von Neuem und in viel höherem Grade als früher wieder eingetreten und machte die Kranke erwerbsunfähig; kein Nahrungsmittel, weder in fester noch in flüssiger Form, blieb im Magen; wenige Minuten nach dem Genuss wurde alles wieder erbrochen. Trotz dieses schon so lange andauernden Erbrechens war die Muskulatur des Mädchens nicht schlecht, jedoch das Aussehen blass und geistlos. Bei der inneren Untersuchung zeigte sich der Uterus richtig gelagert, aber nicht vollkommen entwickelt. Nach dreiwöchentlicher Behandlung, die natürlich der Indicatio causalis entsprechend geführt wurde, war das Erbrechen vollkommen gewichen, und die Kranke konnte die schwersten Speisen vertragen. Allein nach fünfwöchentlichem Wohlbefinden trat das Erbrechen, wenn auch nur einige Male des Tages, wieder ein. Obige Behandlung, acht Tage fortgesetzt, bewirkte wieder Heilung, die jedoch auch diesmal nur von kurzer Dauer war, sodass eine nochmalige Wiederholung der Kur nötig wurde, mit demselben günstigen Erfolg. Amann hielt es kaum für zweifelhaft, dass auch diesmal die Heilung nicht lange anhalten würde.

Endlich berichtet noch Henry Barber[1]) von einem 16jährigen intelligenten, zarten, übrigens gesunden Mädchen, das von heftiger Blutung aus der Nase befallen wurde, die sie so schwächte, dass Bettliegen sich nötig machte. Bald darauf begann sie alle Speisen, die sie erhielt, anfangs feste, später auch flüssige zu erbrechen und zwar folgte das Erbrechen der Einführung unmittelbar. Selbst Eisstückchen, die sie zur Löschung des Durstes auf die Zunge nahm, erregten, sobald sie geschmolzen verschluckt wurden, das Erbrechen. Alle Mittel zur Stillung dieses Brechreizes erwiesen sich vergeblich. Einige Wochen wurde so die Kranke bloss durch nährende Klystiere erhalten, bis dieselben nicht mehr behalten wurden. Die Kranke starb, nachdem sie 11 Monate in diesem Zustand hingebracht und ausser der Qual von Hunger und Durst keine Beschwerden weiter erlitten hatte, infolge der Inanition. Der Körper glich bei ihrem Tode einem Skelett; innerhalb zweier Monate war nur einmal Stuhl nach heissen Fomentationen auf den Unterleib da gewesen. Die Section wurde nicht gestattet. — Eine organische Magenaffection war nicht wahrscheinlich, da die erbrochenen Massen immer nur aus dem Eingeführten bestanden; ebenso wenig liessen sich von aussen in der Magengegend Geschwulst und Schmerzhaftigkeit entdecken. Decubitus gelangte trotz langen Liegens nicht zur Ausbildung.

Eine besondere Art des hysterischen Erbrechens bildet dasjenige, welches regelmässig zusammen mit Anurie und Oligurie vorkommt. Diese Erscheinung ist besonders von Charcot studiert worden. Eine bedeutende Verminderung des Urins bei Hysterischen war stets von Erbrechen begleitet, wobei die Quantität des Erbrochenen im umgekehrten

1) Brit. med. Journ. May. 28. 1870. Ref. in Schmidts Jahrb. Bd. 150. Jahrg. 1871. Nr. 5. pag. 199.

Verhältnis zur abgesonderten Urinmenge stand. Auch enthielt das Erbrochene Harnstoff. Dies deutet wohl darauf hin, dass es sich hier um ein vicariierendes Erbrechen handelt, da der Harnstoff, wenn er im Körper zurückbleibt, urämische Zustände bewirken musste, und da er durch die Nieren nicht in genügendem Masse ausgeschieden wird, so tritt eben der Magen vicariierend ein. In einem von Weir Mitchell berichteten Falle wechselte heftiges Erbrechen mit profuser Schweissabsonderung ab, welche eine feine Schicht von Harnstoff auf der Haut zurückliess. Charcot schreibt diese geringe Harnausscheidung der supplementären Secretion sowie dem Umstande zu, dass nur wenig Nahrung behalten wird, und dass der Stoffwechsel bei den Patienten, die doch meist ruhig da liegen, ein ganz geringer ist. In dem ersten von Charcot[1]) beobachteten und von ihm mit dem — wie Fernet mit Recht bemerkt — nicht passenden Namen Ischurie benannten Fall handelt es sich um eine 40jährige Frau in Charcots Abteilung in der Salpêtrière, die seit 10 Jahren die ausgesprochensten Erscheinungen der Hysterie zeigte. Sie hatte im Verlaufe ihrer Erkrankung 6 Monate lang an Oligurie gelitten, wozu bald Erbrechen des grössten Teils der eingenommenen Nahrung trat. Vom Juli bis Oktober wurde Harn und Erbrochenes separat gesammelt. Vom 1.—8. Juli wurden mittelst des Katheters nur 48 gr und vom 16.—22. nur 33 gr Harn entleert. Dieser Zustand von Anurie dauerte während des Augusts und Septembers fort, so dass in jedem Monat die Quantität des gelassenen Urins nur etwa 80 gr betrug. Vom 10. Oktober an indess, wo Patientin chloroformiert wurde, vermehrte sich

1) Charcot et Grehant. Über hysterische Ischurie. Rev. photogr. des hôp. de Paris. 1872. Ref. in Virchow-Hirsch. Jahresber. 1874. Bd. II. Abt. 1. pag. 39.

wieder die Urinmenge. Während der ganzen Periode der Anurie erbrach die Kranke jedesmal in ziemlicher Menge, wenn sie ihre Mahlzeit, die übrigens nicht reichlich war, begann. Das Erbrochene enthielt reichlich Harnstoff. Das Blut, am 10. Oktober untersucht, enthielt 36 mg Harnstoff in 100 gr, ein Beweis, dass die Elimination des Harnstoffs durch den Magen genügte, um die Anhäufung im Blut zu verhindern.

Fernet[1]), welcher der von Charcot beschriebenen Erscheinung, da es sich nicht um eine Störung der Ausleerung der Blase, sondern in der That um eine Secretionsanomalie handelt, den Namen „hysterische Oligurie und Anurie" geben möchte, beobachtete einen in jeder Beziehung dem Charcot'schen analogen Fall: Es handelte sich um ein 19jähriges, anämisches, an verschiedenen nervösen Erscheinungen leidendes Mädchen, welches im August 1871 nach einem Bad in der See zum ersten Mal Erbrechen bekommen hatte und nach einigen Tagen alles Feste und Flüssige erbrach. Dieser Zustand dauerte ohne Unterbrechung bis zum Oktober, hörte auf 14 Tage auf, begann von Neuem mit der früheren Intensität und bestand noch bei der Aufnahme der Patientin im März 1872, in Verbindung mit sehr grosser Körperschwäche. Unter der Behandlung mit kalten Waschungen, Eis und Champagner innerlich, Vesikatoren mit Morphium im Epigastrium verringerte sich das Erbrechen, so dass Patientin frei davon, aber sehr schwach, am 15. April das Hospital verlassen konnte. Nach mehreren Gemütsbewegungen trat das Erbrechen mit der alten Hartnäckigkeit von Neuem ein, so dass sich Patientin am 18. August 1872 von Neuem aufnehmen liess. Zugleich gab sie auf Befragen

1) Fernet, Ch., De l'oligurie et de l'anurie hystériques et des vomissements, qui les accompagnent. Union méd. No. 45. Ref. ibid.

an, dass die Harnabsonderung oft tagelang ganz fehle. Die weitere Untersuchung bestätigte die Richtigkeit ihrer Angabe: so entleerte sie vom 9.—15. September nur einmal, am 12. einige Tropfen Harn, während das Erbrochene fast der in den Magen eingeführten Menge von Nahrungsmitteln gleichkam. Die Untersuchung des Erbrochenen wies Harnstoff nach und zwar in um so grösserer Menge, je geringer die Harnabsonderung war. Infolge einer gemütlichen Einwirkung auf die Patientin — Fernet gab ihr eine pilule „fulminante" (aus Brodkrumen), deren Wirkung er als sehr intensiv, ja bedenklich hinstellte, die bei der Patientin auch sofort Leibschmerzen bewirkte — trat am 27. September plötzlich wieder reichlichere Harnmenge auf, und damit sistierte denn auch am 29. das Erbrechen gänzlich. Anurie wurde nicht wieder beobachtet, nur noch einige Male sehr gelindes Erbrechen.

Die von Charcot und Fernet gemachten Erfahrungen bestätigte ein weiterer Fall, von Sanquer[1]), der eine 28jährige unverheiratete Person betraf, die an Menstruationsanomalien litt. Die Harnsecretion war ganz unterdrückt oder wenigstens während 3—4 Tage auf ein Minimum reduziert; gleichzeitig trat häufiges Erbrechen ein, das zeitweise so heftig wurde, dass Patientin alles Aufgenommene sofort wieder erbrechen musste. Die Erscheinungen gingen so, wie sie gekommen waren. Nach ungefähr dreimonatlicher Krankheitsdauer konnte die Patientin eines Tags wieder ohne Mühe urinieren, und gleichzeitig hörte auch das Erbrechen auf.

Endlich seien noch zwei Fälle von Tourette und

1) Anurie und Erbrechen bei Hysterie von Dr. Sanquer. Gaz. des hôp. 1875. Ref. in Schmidt's Jahrb. Bd. 170. Jahrg. 1876 No. 5 pg. 144.

Cathelineau[1]) erwähnt. Dieselben beobachteten unstillbares Erbrechen bei zwei Patientinnen. Durch Nachmessen fand sich, dass von der durch die Magensonde eingeführten, ausschliesslich als Nahrung dienenden und sofort wieder erbrochenen Milch der grössere Teil stets im Magen verblieb, weswegen auch nur eine verhältnismässig geringe Gewichtsabnahme (bei der einen Patientin in 7 Monaten ca. 10 kg) sich bemerkbar machte. Die Urinmenge war in bekannter Weise herabgesetzt; im Erbrochenen wurde stets Harnstoff gefunden.

Der Vollständigkeit wegen mögen diese gewiss sehr interessanten Erscheinungen mit erwähnt worden sein, wenngleich sie für unsern Fall nicht zutreffen. Denn erstens ist in dem Erbrochenen während des ganzen Krankheitsverlaufes niemals Harnstoff nachgewiesen worden, und sodann war auch die Harnmenge, wenn sie auch manchmal auf 150 g pro die herunterging, doch nicht so gering, dass sie für die Ausscheidung des Harnstoffes nicht genügt hätte. Einen Fall ähnlicher Art berichtet Jolly[2]); auch ihm gelang der Nachweis auf Harnstoff im Erbrochenen nicht; es war aber auch die Unterdrückung der Harnsecretion niemals eine so vollständige wie bei Charcot, indem täglich immer noch 100—200 ccm Urin entleert wurden.

Wenn wir uns jetzt noch zu einer kurzen Betrachtung der übrigen Symptome wenden, so ist inbezug auf diejenige Erscheinung, welche neben dem Erbrechen in der Hauptsache das Krankheitsbild mit beherrschte, nämlich die

1) La nutrition dans l'hystérie; par Gilles de la Tourette et H. Cathelineau. Progrès méd. 2 S. XII. 43. 1890. Ref. ibid. Jahrg. 1891 Bd. 232 pag. 42.

2) von Ziemssen, Handbuch der spez. Pathologie und Therapie Bd. XII Teil 2 pg. 570.

Paraplegia inferior, hervorzuheben, dass dieselbe von Anfang der Krankheit an, wo sie mit leichter Parese einsetzte, bestand und nach allmählicher Umwandlung in eine vollständige Lähmung während des ganzen Verlaufes bis zum Schluss eines der hervorragendsten und zugleich hartnäckigsten Symptome gewesen ist. Die Lähmung war eine schlaffe, Patellarreflexe waren erhöht; die übrigen normal.

Auf die Möglichkeit einer Verwechselung mit organischen Rückenmarkskrankheiten ist bereits oben eingehend aufmerksam gemacht worden. Was das Wesen der Lähmung betrifft, so ist natürlich ihre Ursache in letzter Linie zu suchen in der degenerativen Constitution des Nervensystems. Vor allem aber ist auch, ebenso wie bei dem Erbrechen, der Psyche ein nicht unbedeutender Einfluss zuzuschreiben, und die hysterischen Lähmungen der unteren Extremitäten, welche ja zu den allergewöhnlichsten Erscheinungen der Hysterie überhaupt gehören, sind wohl alle mehr oder weniger zurückzuführen auf die Vorstellung des Nichtgehenkönnens.

Welch hartnäckigen Charakter derartige Einbildungen unter Umständen annehmen, scheint mir vor allem eine von Charcot[1]) gemachte Beobachtung zu zeigen, die einen 29jährigen aus nervöser Familie stammenden Mann betraf. Derselbe war, als er einen kleinen Wagen zog, von einem andern Wagen erfasst und auf den Fussweg geschleudert worden. Er war anscheinend unverletzt, aber bewusstlos in das Hospital gebracht worden und war hier 5—6 Tage bewusstlos geblieben. Zunächst ohne Erinnerung an den Unfall erwacht, hatte er sich eingebildet, die Räder des

1) Cas de Paralysie hystéro-traumatique chez l'homme. Leçon de M. Charcot. Progrès méd. 2. S. V. 4. 1887. Ref. in Schmidt's Jahrb. 1887 Bd. 213 pag. 249.

fremden Wagens seien über seinen Körper hinweggegangen. Obwohl dies nachgewiesenermassen nicht der Fall war, hatte er doch von seinem Glauben nicht gelassen, und zu wiederholten Malen hatte er im Schlafe Worte ausgestossen, aus welchen zu schliessen war, dass er im Traum den Unfall in der von ihm für wahr gehaltenen Weise durchlebte. Ferner hatte er von Anfang an angegeben, er fühle seine Beine wie tot, und hatte dieselben nur mit grosser Mühe bewegen können. Auch klagte er über heftige Kopfschmerzen, litt wiederholt an starkem Nasenbluten und zeigte auf der rechten Seite des Rumpfes Ekchymosen. Als er nach seiner Entlassung in seiner Wohnung einen Krampfanfall bekommen hatte, war er von Neuem in das Krankenhaus gebracht worden und war hier zunächst acht Tage lang bewusstlos geblieben; dann war er zwei Tage lang sprachlos gewesen, und rasch hatte sich vollständige Lähmung beider Beine ausgebildet, sodass Pat. nur mit Unterstützung stehen, gar nicht gehen konnte; dabei keine Steigerung der Sehnenreflexe.

Zunächst änderte sich der Zustand des Kranken wenig; allmählich aber wurden die Anfälle zu hysterischen Krampfanfällen; bei diesen wurden die Beine nicht bewegt. Dies blieb ungefähr 10 Monate so; da bewegte Pat. einmal während eines Anfalls die Beine, und nach dem Anfall konnte er erst schwankend, dann sicher wieder gehen.

Unter dem Namen Akinesia algera hat Möbius[1]) ein Krankheitsbild beschrieben, welches sich darstellt als eine wegen Schmerzhaftigkeit der Bewegung gewollte Bewegungslosigkeit, die bedingt ist durch die bei Bewegung entstehenden Schmerzen, ohne dass eine greifbare Unterlage der Schmerzen zu finden wäre; dieselben existieren also nur

1) Akinesia algera; v. P. J. Möbius. Deutsche Zeitschr. für Nervenheilkunde. 1891 Teil 1 pag. 121.

in der Einbildung. Es werden eben Bewegungen vermieden, weil der Patient fürchtet, Schmerzen zu bekommen, die aber de facto gar nicht eintreten. Man wird wohl in der Annahme nicht fehl gehen, dass diese Krankheit rein hysterischer Natur ist.

Das Unvermögen zu stehen oder zu gehen, hat man neuerdings als eine besondere, in sich abgeschlossene Krankheit aufgefasst und sie mit dem Namen Astasie-Abasie[1]) bezeichnet. Doch ist dieselbe — wie u. a. Witzel[2]) behauptet hat — höchst wahrscheinlich auch nur ein Symptom, das sich im Verlauf verschiedener Krankheiten, wie der Hypochondrie, auch als Folge getrübten Gedächtnisses, vor allem aber auch bei der Hysterie zeigen kann. Sie characterisiert sich dadurch, dass die Patienten weder stehen noch gehen hönnen, während doch die Motilitätskraft vollständig intact ist, was sich daraus ergiebt, dass die Patienten im Liegen ihre Beine vollkommen ungehindert bewegen können. Dies Bild würde also mit unserm Fall insofern nicht ganz übereinstimmen, als zwar Stehen und Gehen nicht möglich war, jedoch auch im Liegen die unteren Extremitäten nicht ungehindert bewegt werden konnten, sondern das gebeugte Bein immer nur langsam und stossweise gestreckt wurde.

Die bisher noch nicht erörterten Erscheinungen traten gegen das Erbrechen und die Paraplegia inferior mehr in den Hintergrund.

Was die motorische Sphäre betrifft, so ist noch hervorzuheben, dass bei der erheblichen Atrophie der Muskulatur und dem hochgradigen Erschöpfungszustand auch die rohe

1) Eulenburg, encyklopädische Jahrbücher 1891 pag. 1.

2) Witzel, Adam. Aus dem Gebiete der Hysterie. Astasie-Abasie. Gazeta lekarska No. 9—17.

Muskelkraft in beträchlichem Grade abgenommen hatte, so dass Messungen mit dem Dynamometer das Resultat R-7, L-6 ergaben.

Störungen im Gebiete der Sensibilität fehlen bei der Hysterie wohl niemals. In unserm Falle traten sie mehr auf in Form von Hyperästhesieen. Hierher zu rechnen sind die anfänglichen stechenden Schmerzen in den Beinen, die Leibschmerzen, sodann die Druckempfindlichkeit des Abdomens und vor allem des unteren Teiles der Brustwirbelsäule, die hysterische Spinalirritation, die ja fast pathognomonisch für Hysterie ist. Als ein lästiges Symptom wurde auch ferner der Kopfschmerz fast während der ganzen Krankheit empfunden.

Es erübrigt endlich noch die Erwähnung eines Symptoms, das allerdings nur vorübergehend während des Krankheitsverlaufes auftrat, das aber doch zu den merkwürdigsten und bisher noch am wenigsten erklärten Erscheinungen der Hysterie gehört, nämlich des Fiebers.

Am 16. September stieg plötzlich ohne Schüttelfrost die Temperatur auf 39,5° C. Zugleich war das Allgemeinbefinden sehr gestört. Kopf- und Gliederschmerzen, Fieberröte der Wangen, reichlicher Zungenbelag, lebhafte Herzpalpitation waren alles Erscheinungen, die den Ausbruch einer Fieberkrankheit wahrscheinlich machen konnten. Aber der objektive Befund ergab kein ganz sicheres Resultat; die Rachenschleimhaut war zwar etwas gerötet, aber nicht geschwellt. Schlingbeschwerden waren ebenfalls nicht vorhanden. Am 17. stieg das Fieber noch auf 40,3, nahm jedoch jetzt allmählich wieder ab. Am 18. kam es noch bis 38,5, am 19. bis 37,7 und am 20. war die Temperatur wieder vollständig normal und das Befinden ausserordentlich gebessert.

Man ist über das Wesen des hysterischen Fiebers noch

vollständig im Unklaren. Man hat sich früher dieser Erscheinung gegenüber immer höchst skeptisch verhalten und meist angenommen, dass dasselbe auf Simulation zurückzuführen sei, etwa auf Hervorbringung des hohen Quecksilberstandes durch Reiben und Drücken des Thermometers von seiten der Patienten. Auch noch heute bringen manche Forscher dieser Erscheinung ein gewisses Misstrauen entgegen. So sagt Strümpell[1]), dass er zwar wiederholt hohe Fiebertemperaturen bei Hysterischen beobachtet habe, jedoch niemals die Möglichkeit einer Simulation gänzlich hätte ausschliessen können.

Anders lauten die Urteile anderer Autoren. So kommt Scarbo[2]) nach Betrachtung über die einschlägigen Angaben in der Litteratur und nach Mitteilung eigener Beobachtung zu dem Schlusse, dass es thatsächlich ein hysterisches Fieber giebt. Es ist, so fährt er fort, als functionelles zu betrachten, d. h. als ein den übrigen hysterischen Erscheinungen analoges Symptom. Es weist bald hohe, bald tiefe Temperaturen auf. In vielen Fällen begleitet das Fieber ein Komplex schwerer Symptome (Pseudo-Meningitis, typhöse Erscheinungen, Bild der Peritonitis, Phthise u. s. w.) Ausser dem wirklichen hysterischen Fieber giebt es ein hysterisches Scheinfieber, das sich hauptsächlich durch Tachycardie und subjective Hitze kundgiebt.

Ebenso hält Boulay[3]) das Vorkommen eines hysterischen Fiebers für erwiesen, und zwar einerseits durch zahlreiche unanfechtbare klinische Beobachtungen, andererseits durch die dem Prof. Debou gelungene Suggerierung von Fieber,

1) Strümpell, Lehrbuch der spez. Pathol. u. Therap. Bd. II Teil 1 pag. 527. 1892.

2) Scarbo, A. Über hysterisches Fieber. Archiv für Psychiatrie XXIII pag. 386.

3) Boulay, De la fièvre hystérique. Gàz. des hôp. LXIII. 148. 1890.

bei der die Steigerung 0,5—1,0° C. betrug. — Er führt dann noch eine eigene Beobachtung[1]) an, die eine 25jährige Frau betraf, die seit ihrem 8. Lebensjahre an Hysterie litt und länger als drei Monate eine fast immer übernormale Körperwärme zeigte. Dabei war das Allgemeinbefinden zeitweise sehr gestört. Nachdem dann ein Jahr lang die Temperatur auf 38° sich gehalten hatte, stieg sie plötzlich wieder und schwankte drei Monate lang zwischen 39,5 und 41°. Dann genas Patientin plötzlich und war, nachdem sie drei Monate lang nur von Milch gelebt hatte, weder geschwächt noch abgemagert.

Weitere Beobachtungen bestätigen das Vorkommen eines hysterischen Fiebers. Bemerkenswert ist, dass die Temperatur auch aufs Subnormale hinuntergehen kann. So erzählt Clemon[2]) von einer merkwürdigen Variation im Verhalten der Körpertemperatur bei einer 23jährigen Wäscherin. Täuschungen waren vollkommen ausgeschlossen. Es bestanden monatelange Temperaturen zwischen 111° und 98° F. (43,5—36,5° C.) Zuweilen waren rechts 108,8°, links 99,8°. Die sonstigen Symptome, welche Patientin bot, waren ausgeprägt hysterische.

Mierzejewsky[3]) berichtet von einem 26jährigen Mädchen, das seit mehreren Jahren an hysterischen Erscheinungen litt, dass sich plötzlich ausserordentliche Abweichungen der Körpertemperatur vom normalen Verhältnis einstellten, und zwar Steigerungen bis 43° und Abfälle bis 29,3° C. Trotz der hohen Temperaturen war weder gesteigerte Schweiss-

1) Bull. de la soc. méd. des hôp. Févr. 13. 1885 et avril 23. 1886.

2) Clemon, A. H. Case of hysterical hyperpyrexia. (The Brit. med. Journ. 1887. Dec. 3. pag. 1211.)

3) Mierzejewsky, J. Über Hyperthermie bei Hysterischen. (Mitgewirkt in der Mai-Sitzung der St. Petersburger psychiatrischen Gesellschaft 1890.)

absonderung, noch Calor mordax, noch Durstgefühl vorhanden.

Enorme Temperatursteigerungen von intermittierendem Character bei einem jungen Mädchen mit schwerer Hysterie, die sich wochenlang wiederholten und eine durchschnittliche Höhe von 43—44° C. erreichten, ohne dass irgend eine objectiv nachweisbare Erkrankung sonst vorhanden gewesen wäre, beobachtete Sciamanna[1]). Antipyretika hatten nur geringen Erfolg.

Drummond[2]) legte der Northumb. und Durham med. Gesellschaft eine Temperaturtabelle von einer Hysterischen vor, auf welcher sich gleichzeitig auf der einen Körperhälfte 108° F., auf der andern 98° F. fanden.

Aus allen diesen Angaben scheint hervorzugehen, dass doch wohl ein hysterisches Fieber existiert. Ob es sich in unserm Falle um ein solches gehandelt hat oder doch vielleicht nur um eine leichte Angina, wage ich nicht zu entscheiden.

Die soeben geschilderte Symptomatologie, der ganze Verlauf und zahlreiche kleine Züge, sozusagen das Colorit des Bildes sprechen also für die Diagnose Hysterie. Die differentialdiagnostischen Momente sind bereits oben zur Genüge beleuchtet worden. Hier sei nur noch als besonders bemerkenswert und den etwa bestehenden Verdacht, dass es sich doch vielleicht noch um eine Combination mit organischen Krankheiten handeln könnte, hinfällig machend die Erscheinung hervorgehoben, dass nach Beseitigung der Paraplegie der unteren Extremitäten auch sofort das Erbrechen, das bisher aller Behandlung Trotz geboten hatte, sistierte.

1) Febbre isterica, per il prof. Sciamanna. Bolletino della societa Laucisiana.

2) Hysterical Pyrexia by Drummond. The Brit. med. Journ. 1888. 22. Dec. pag. 1397.

Der Verlauf war also ein günstiger. Trotzdem müssen wir mit unserer Prognose sehr zurückhaltend sein. Der Patient wurde nach mehr als 4 monatlichem Aufenthalt im Krankenhaus und ungefähr $1^1/_2$jähriger Dauer des Leidens am 7. Dezember 1892 derzeitig als geheilt entlassen. Vom Verfasser (im April 1893) angestellte Nachforschungen haben ergeben, dass auch damals noch der Zustand ein zufriedenstellender war. Patient ging ungehindert seiner Beschäftigung nach. Lähmungserscheinungen in den Beinen hatten sich bisher nicht wieder gezeigt, und auch das Erbrechen sollte nicht wieder beobachtet worden sein. Trotzdem darf man sich da keinen all zu sanguinischen Hoffnungen hingeben. Die Erfahrung lehrt, dass bei der Hysterie auf Perioden anscheinend völliger Gesundheit wieder neue Aeusserungen der Krankheit ganz unvermutet folgen können, und dass meist erst in höherem Alter die Symptome nachlassen. Ob also und wie lange dieser günstige Zustand andauern wird, dürfte mehr als fraglich sein.

Eine directe Lebensgefahr war wohl für den Patienten kaum zu befürchten. Die Paraplegia inferior kann zu ernsten Besorgnissen natürlich keinen Anlass geben und auch das Erbrechen pflegt meist, auch wenn die Patienten bereits dem hochgradigsten Marasmus anheimgefallen sind, schliesslich von selbst wieder aufzuhören. Andererseits darf aber nicht vergessen werden, dass auch tötlicher Ausgang bei hysterischem Erbrechen nicht gar so selten beobachtet worden ist, wie die oben erwähnten Fälle von Barber (p. 32), Bennet (p. 30) und Guyot (p. 26) darthun.

Was endlich die Therapie anlangt, so dient unser Fall wieder zum Beweise dafür, dass zu den wichtigsten Teilen der Behandlung Hysterischer eine richtig geleitete psychische gehört. Nachdem alle möglichen therapeutischen

Massnahmen, wie Electrizität, Massage, innere Mittel, wie Bromnatrium und Tinctura Valeriana nach monatelanger Anwendung, endlich auch die Hypnose sich als nutzlos erwiesen hatten, wurde mit kräftigeren, das Willensvermögen des Kranken stark beeinflussenden Mitteln vorgegangen, die denn auch von einem wahrhaft glänzenden Erfolge begleitet waren. Der faradische Pinsel bei Null Rollenabstand angewandt bewirkte innerhalb dreier Tage das völlige Verschwinden aller Symptome, die bis dahin allen anderen Einwirkungen Trotz geboten hatten.

Es ist wohl unzweifelhaft, dass hier nicht die Electrizität als solche, sondern das für den Kranken Unangenehme bei der Applikation derselben die Wirkung hervorgebracht hat. Auf dieselbe Veranlassung sind auch jedenfalls die wiederholt beobachteten Heilungen der Hysterie nach Uebergiessungen der Kranken mit kaltem Wasser zurückzuführen. Amann[1]) erzählt von einer an Anfällen von tetanischen Krämpfen und an Ekstase leidenden Hysterischen, die von ihrem Vater mittelst einer Tracht Prügel geheilt wurde. Nach Jolly[2]) stand bei manchen Kranken das Erbrechen still, wenn man sie nur rohen Schinken und rohes gehacktes Fleisch stark gewürzt geniessen liess. Weiter erzählt er, dass bei einer Hysterischen das hartnäckige Erbrechen dadurch zum Stillstand gebracht wurde, dass ihr alle Nahrung per os entzogen und ihr dafür mehrmals täglich Eierklystiere appliciert wurden. Die Kranke empfand diese Behandlung sehr unangenehm, da sie durch starkes Hungergefühl gequält wurde. Bei einer zweiten Hysterischen wurde schon durch die blosse Androhung mit der ausschliesslichen Klystierernährung das Erbrechen zum Stillstand gebracht.

1) von Ziemssen, Handbuch der spez. Pathologie und Therapie Bd. XII. Teil 2 pag. 599.
2) Ibid. pag. 602.

Immerhin ist aber nicht zu vergessen, dass alle psychisch wirkenden Mittel bei mehrmaliger Anwendung häufig ihre Wirksamkeit einbüssen, und was in dem einen Krankheitsfalle geholfen hat, beim nächsten durchaus nicht sicher hilft. Dass man sich vor Malträtierungen der Kranken zu hüten hat, ist selbstverständlich.

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. von Ziemssen für gütige Ueberlassung des Materials, sowie Herrn Dr. H. F. Müller für mannigfache Anregung und Hülfe bei Anfertigung dieser Arbeit meinen wärmsten Dank auszusprechen.